

DIAGNOSI

Codice Paziente	Centro	Iniz. Paz.	Data Registrazione	Data di Nascita
_____	_____	_____	_____	_____

I campi contrassegnati dalla lettera (E) sono determinanti per l'eleggibilità. I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.	
(E)	Diagnosi*: Mielodisplasia a rischio basso o intermedio Altro
	Se altro, specificare: _____
(E)	Anemia richiedente supporto trasfusionale (almeno 2 unita' di concentrati eritrocitari nelle 8 settimane precedenti l'inizio del trattamento)*: Sì No
(E)	Delezione 5q31, isolata o associata ad altre anomalie cromosomiche*: Sì No
(E)	Funzionalità renale (creatinina)*: _____ mg/dl
	Il paziente è stato già trattato con lenalidomide (p.e. in studio clinico, studio compassionevole, ecc)*: Sì No
	Il paziente è stato già trattato con lenalidomide per MDS 5q- con nulla osta AIFA*: Sì No
	Se Sì, numero di cicli effettuati fino al 25/11/2008: _____
	Performance Status alla diagnosi (ECOG)*: 0 1 2 3 4
	ESAME / PARAMETRO*: Esame clinico Esami ematologici ed ematochimici Aspirato midollare/biopsia osteo midollare Altro
	Data dell'esame di riferimento*: ____/____/____(gg/mm/aaaa)
Paziente donna potenzialmente fertile	

<p> <input type="checkbox"/> Età ≥ 50 anni e naturalmente amenorroica da un anno <input type="checkbox"/> Insufficienza ovarica prematura confermata da un ginecologo <input type="checkbox"/> Precedente salpingo-ovariectomia bilaterale o isterectomia <input type="checkbox"/> Genotipo XY, sindrome di Turner, agenesia uterina </p>	<p> <input type="checkbox"/> Età ≥ 50 anni e naturalmente amenorroica da un anno <input type="checkbox"/> Insufficienza ovarica prematura confermata da un ginecologo <input type="checkbox"/> Precedente salpingo-ovariectomia bilaterale o isterectomia <input type="checkbox"/> Genotipo XY, sindrome di Turner, agenesia uterina </p>
<p> Criteri di esclusione per potenziale fertilità: (l'Amenorrea conseguente a terapia antitumorale non esclude la potenziale fertilità) </p>	
<p> Consulto ginecologico (esito): </p>	_____
<p> In trattamento con contraccettivi orali di tipo combinato*: </p>	<p> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No </p>
<p>Paziente donna non potenzialmente fertile</p>	
<p> <input type="checkbox"/> (E) Consegnato il "Manuale del paziente" *: </p>	<p> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No </p>
<p> <input type="checkbox"/> (E) Informato della necessità di non dare il farmaco ad altre persone*: </p>	<p> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No </p>
<p> <input type="checkbox"/> (E) Informato di non fare donazioni di sangue durante il trattamento con Revlimid e nella settimana successiva all'interruzione del trattamento*: </p>	<p> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No </p>
<p> <input type="checkbox"/> (E) Informato di restituire alla farmacia le capsule inutilizzate*: </p>	<p> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No </p>
<p> Anamnesi positiva per tromboembolia venosa o embolia polmonare*: </p>	<p> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No </p>
<p> Precedenti terapie con agenti eritropoietici*: </p>	<p> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No </p>
<p>Emocromo completo</p>	
<p> Conta leucocitaria*: </p>	_____ x 10 ³ /mm ³
<p>Formula leucocitaria</p>	
<p> Neutrofili*: </p>	_____ %
<p> eosinofili*: </p>	_____ %
<p> basofili*: </p>	_____ %
<p> linfociti*: </p>	_____ %
<p> monociti*: </p>	_____ %
<p> Conta piastrinica*: </p>	_____ x 10 ³ /mm ³

Emoglobina*:	_____ g/dl
Ematocrito*:	_____ %

Nome del Medico

Data

Firma